

## Mekanisme Panopticism dan Resistensi Masyarakat terhadap Sistem Pengobatan Modern: Studi tentang Reaksi atas Praktik Relasi Kuasa dalam Dunia Medis

Septi Ariadi \*, 

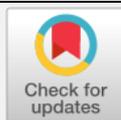
Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Airlangga,  
60115, Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Indonesia

\* Korespondensi: [septi.ariadi@fisip.unair.ac.id](mailto:septi.ariadi@fisip.unair.ac.id)

### INFO ARTIKEL

#### Info Publikasi:

Artikel Hasil Penelitian



#### Sitasi Cantuman:

Ariadi, S. (2023). *The Mechanism of Panopticism and Society's Resistance to the Modern Healthcare System: A Study on Reactions to Power Relations in the Medical World*. *Society*, 11(1), 221-240.

DOI: [10.33019/society.v11i1.595](https://doi.org/10.33019/society.v11i1.595)

Hak Cipta © 2023. Dimiliki oleh Penulis, dipublikasi oleh Society

OPEN  ACCESS



Artikel dengan akses terbuka.

Lisensi: Atribusi-NonKomersial-BerbagiSerupa (CC BY-NC-SA)

Dikirim: 18 Januari, 2023;

Diterima: 3 Mei, 2023;

Dipublikasi: 30 Juni, 2023;

### ABSTRAK

*Panopticism dalam dunia medis adalah refleksi dominasi kuasa yang bersifat struktural. Panopticism berbentuk otoritas rezim medis yang bertujuan melakukan pemantauan, pengaturan, dan pendisiplinan sehingga membingkai tata pikir dan tindakan individu agar selaras dengan standar normal kesehatan modern. Persoalannya, panopticism tidak selalu dapat bekerja efektif sesuai kehendak rezim medis. Oleh karena itu, studi ini bertujuan untuk menganalisis mekanisme panopticism dan mengidentifikasi spektrum resistensi terhadap sistem pengobatan modern. Dengan menggunakan metode terapan, studi ini menemukan adanya resistensi dalam praktek kesehatan modern, yakni: (a) mengakses pengobatan modern tetapi diimbangi sikap skeptisisme dan kritisisme atas pengobatan modern; (b) mengembangkan orientasi medis berpola pluralistik atau kombinatif; (c) memutuskan keluar (exit) dan membangun diskursus alternatif (otherness) tentang sistem pengobatan sesuai otonomi kehendak dan kuasa yang dimilikinya. Resistensi terhadap kesehatan dipicu oleh adanya skeptisisme dan distrust, relasi asimetris yang terbentuk berbasis otoritas ilmiah, terbatasnya daya jangkauan terhadap produk industri medis modern, dan adanya jaringan informal serta kuatnya peran tokoh sosial dan budaya lokal dalam mengarahkan pilihan sistem pengobatan bagi masyarakat.*

**Kata Kunci:** Panopticism; Pengobatan Modern; Relasi Kuasa; Resistensi Kesehatan

## 1. Pendahuluan

Secara historis, orientasi medis yang berkembang dalam masyarakat tidak dapat dilepaskan dari perkembangan peradaban pemikiran dan kebudayaan masyarakat. Kontestasi terhadap sistem pengobatan kesehatan terus berlangsung sampai saat ini. Sistem pengobatan yang berlandaskan pada sistem kepercayaan dan tradisi, di mana penjelasan persoalan kesehatan selalu dikaitkan dengan dunia non-material, dan sistem pengobatan yang bersifat supranatural masih eksis (Murray & Murray, 1985). Di sisi lain, sistem pengobatan yang mendasarkan prinsip rasionalitas dan perkembangan ilmu pengetahuan (*science*) dengan mengandalkan teknologi medis modern terus diintroduksikan pada masyarakat oleh rezim medis. Abad pencerahan (*Age of Enlightenment*) yang bercirikan kemandirian/individualism, cara berpikir rasional, dan kemajuan teknologi diagnostik, menyebabkan sistem pengobatan mengalami perkembangan ke arah sistem medis modern, sehingga memungkinkan tubuh manusia dapat dipelajari sebagai objek sains kedokteran. Perkembangan teknologi diagnostik yang terjadi sejak abad pencerahan tersebut kemudian membawa kemajuan sains bidang kedokteran dan memiliki fungsi penting sebagai instrumen medis dalam menjelaskan segala sesuatu yang sedang terjadi dalam tubuh manusia (Yen, 2009).

### 1.1. Perkembangan Praktik Medis di Indonesia

Sejarah mencatat bahwa rezim medis di Indonesia telah sejak lama mengkonstruksi dan menginternalisasikan nilai-nilai medis modern pada masyarakat, mulai dari masa pra-kemerdekaan, era pemerintahan orde lama, orde baru, hingga orde reformasi. Pada masa sebelum kemerdekaan, konstruksi dan internalisasi nilai-nilai kesehatan modern dilaksanakan melalui kegiatan praktis medis dan pembentukan institusi-institusi medis seperti pendirian dan pengembangan sekolah kedokteran, fasilitas medis modern, pendirian pusat laboratorium kedokteran, serta pelatihan medis dan penelitian yang mendukung perkembangan sistem pengobatan medis modern (Notoatmodjo, 2005). Sementara pada era pemerintahan orde lama, rezim medis mulai memantapkan sistem pengobatan modern melalui konsep pengembangan kesehatan masyarakat (*Health Center*), yang menjadi cikal bakal sistem pelayanan kesehatan masyarakat atau Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat).

Di era orde baru, sosialisasi dan internalisasi sistem pengobatan modern mulai disebarakan secara luas melalui berbagai program atau aktivitas kesehatan dalam upaya meningkatkan sistem pelayanan Puskesmas dan Pos Pelayanan Terpadu atau Posyandu. Nilai-nilai kesehatan modern pada masa reformasi dilembagakan melalui aktivitas promosi kesehatan dalam bentuk himbauan, ajakan, dan arahan agar masyarakat menerapkan serta mengembangkan konsep dan perilaku hidup sehat sesuai dengan nilai-nilai modernitas melalui institusi kesehatan dan aparat pemerintah yang didukung oleh lembaga swadaya masyarakat atau *Non-Governmental Organization* (NGO). Aktivitas advokasi, komunikasi kesehatan, dan mobilisasi sosial gencar dilakukan baik terhadap pihak legislatif, eksekutif, maupun masyarakat luas, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan merealisasikan visi Indonesia Sehat.

Fakta ini menunjukkan bahwa pada era reformasi yang diikuti oleh kebijakan otonomi daerah dan desentralisasi kewenangan pusat kepada daerah, proses reproduksi dan internalisasi nilai-nilai medis modern serta pelayanan kesehatan modern secara politik terus dilakukan dan diperjuangkan (*Political Health*) dengan melibatkan berbagai unsur, baik pihak pemerintah maupun elemen masyarakat seperti legislatif, NGO/LSM, tokoh masyarakat, organisasi sosial kemasyarakatan, dan sebagainya sebagai bentuk dukungan komunitas lokal (*community support system*) terhadap program pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh rezim medis.

Perkembangan terbaru dalam proses konstruksi dan internalisasi nilai-nilai kesehatan modern ditandai dengan ditebitkannya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN dibentuk dengan tujuan menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta secara sinergis, agar berhasil guna dan berdaya guna. Hal ini bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dan kesejahteraan rakyat, sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945. Strategi penguatan kelembagaan juga diupayakan dengan cara melakukan penataan dan optimalisasi peran lembaga/institusi kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Polindes, Klinik Kesehatan, tenaga medis dan paramedis, serta organisasi-organisasi sosial kemasyarakatan, dalam rangka mendukung upaya sosialisasi dan menginternalisasikan nilai-nilai medis modern.

## **1.2. Problematika dan Kuasa Rezim dalam Praktik Medis di Indonesia**

Tetapi meski fasilitas kesehatan modern secara lengkap dan memadai telah disediakan, dalam kenyataan masih cukup banyak masalah kesehatan yang dihadapi rezim medis. Kasus kematian bayi, kematian ibu, penyakit TB paru, pneumonia balita, demam berdarah, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), balita dengan status gizi buruk, dan kasus medis lainnya adalah sejumlah contoh yang menunjukkan bahwa metode medis modern masih menghadapi tantangan. Dari segi regulasi yang dibangun oleh rezim medis, selama ini terlihat bersifat universal dan kurang memperhatikan batas kelas, serta tidak memperhitungkan kelompok masyarakat marjinal atau warga miskin yang sebenarnya menghadapi masalah kompleks saat mengakses sistem pengobatan modern sehingga perlu mendapatkan perlakuan yang berbeda.

Berdasarkan hasil pengumpulan data awal penelitian, ditemukan berbagai masalah yang dihadapi oleh warga masyarakat saat mengakses sistem pengobatan modern, seperti biaya pengobatan yang tinggi, keterbatasan informasi tentang pengobatan modern, sikap petugas medis yang tidak profesional dan diskriminatif, birokrasi kesehatan modern yang rumit, dan keraguan terhadap efektivitas pengobatan modern. Bahkan, seorang dokter swasta menyatakan bahwa sistem pengobatan modern masih belum mampu mengakomodasi kepentingan pelayanan dan pengobatan bagi masyarakat secara keseluruhan. Faktanya, masih banyak masyarakat yang menggunakan jamu-jamuan (pengobatan herbal), akupuntur, terapi pijat, dan berbagai cara pengobatan tradisional lainnya.

Warga miskin yang dijumpai dalam tahap awal penelitian menyampaikan bahwa ketika mengakses institusi medis (Puskesmas) dan berurusan dengan birokrasi kesehatan, mereka merasa kecewa karena menghadapi perlakuan yang diskriminatif. Ketika hendak melakukan pengobatan, petugas menyatakan bahwa obat tidak tersedia, dan mereka menerima bentakan serta perlakuan kasar. Kasus sistem pengobatan medis modern yang masih belum berpihak pada kelompok masyarakat marjinal juga dialami oleh seorang pasien rumah sakit, yang menyatakan bahwa sistem pengobatan modern yang pernah mereka akses masih menderita penyakit birokratis, yaitu prosedur yang rumit dan jauh dari asas keadilan.

## **1.3. Jalan Baru menuju Praktik Medis yang lebih Demokratis**

Bagi warga masyarakat, sebenarnya pemilihan sistem pengobatan tidak dapat disederhanakan sepenuhnya melalui rumusan regulasi, kelengkapan fasilitas kesehatan, dan kemudahan biaya pengobatan seperti yang dipikirkan oleh rezim medis. Meskipun telah diakomodasi melalui regulasi dan pembiayaan dari dana pemerintah, warga miskin sebagai

kelompok masyarakat marginal di kota sebenarnya membutuhkan pelayanan medis yang tidak diskriminatif (adil), responsif, mudah diakses baik dari aspek birokrasi pelayanan maupun biaya, serta efektivitas pengobatan yang tinggi. Dalam konteks ini, warga miskin selama ini menghadapi situasi tidak menguntungkan seperti kelemahan fisik dan ekonomi, kerentanan, terisolasi dari akses pembangunan, dan seringkali tidak memiliki kekuatan dan terkendala dalam posisi tawar, terutama saat berinteraksi dengan kelas di atasnya, termasuk ketika berhadapan dengan tenaga medis dan paramedis selama pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan medis di rumah sakit, puskesmas, dan posyandu.

Dalam praktiknya, tidak jarang warga miskin menghadapi kondisi kurang menguntungkan seperti mendapatkan fasilitas kesehatan yang terbatas, misalnya obat generik, perawatan medis kelas bawah, serta sikap dan perilaku petugas kesehatan yang tidak ramah bahkan terkesan tidak adil (diskriminatif). Mereka juga sering terisolasi dalam memperoleh informasi tentang pelayanan medis modern. Jika kondisi ini terus berlanjut dan semakin merugikan kehidupan mereka, tidak menutup kemungkinan akan muncul resistensi dari warga masyarakat dan munculnya wacana atau alternatif baru mengenai sistem pengobatan yang dipilih sesuai dengan otonomi kehendak yang dimilikinya.

Realitas sosial dalam praktik medis menunjukkan bahwa pengobatan medis modern, yang didasarkan pada semangat modernitas, masih menghadapi problematika yang berpotensi melahirkan wacana atau praktik sosial tandingan sebagai respons terhadap kegagalan sistem pengobatan modern yang telah dialami oleh masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengkritisi sekaligus merumuskan sejumlah solusi yang diharapkan dapat menghindarkan rezim medis dari fenomena "*voice and exit*" yang dilakukan masyarakat, serta mengantisipasi dan merespons situasi melemahnya kepercayaan (*low trust*) masyarakat sipil terhadap kinerja rezim medis. Untuk mencapai tujuan tersebut, penelitian ini juga mengevaluasi mekanisme panopticism yang dilakukan oleh rezim medis dalam sistem pengobatan modern, serta bentuk dan dampak resistensi yang muncul atas sistem pengobatan modern yang diakses oleh masyarakat.

## 2. Kajian Pustaka

### 2.1. Rendahnya Aksesibilitas Layanan Medis Berdasarkan Status Sosial

Studi yang dilakukan oleh ICW (Indonesia Corruption Watch) sebagai organisasi non-pemerintah dengan fokus pada sejumlah warga pemegang kartu Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) di Jabodetabek (Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, dan Bekasi) menggunakan metode CRC (*Citizen Report Card*) menemukan fakta bahwa pelayanan rumah sakit terhadap pasien miskin masih dihadapkan pada serangkaian masalah serius. Beberapa di antaranya adalah penolakan pasien oleh rumah sakit dengan alasan seperti penuhnya kapasitas, kelengkapan administrasi pasien, peralatan yang tidak memadai untuk menangani pasien, kurangnya ketersediaan dokter spesialis, dan sebagainya. Selain itu, penelitian ICW juga menunjukkan adanya pungutan uang dalam proses administrasi kesehatan, sikap yang dianggap arogan dan tidak responsif dari pihak rumah sakit, respon terhadap keluhan pasien yang dianggap kurang bijaksana, dan perlakuan diskriminatif terhadap pasien miskin yang menyampaikan keluhan terhadap layanan rumah sakit, seperti diabaikan atau dipersulit (Putra, 2010).

Studi sebelumnya yang dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya pada tahun 2011 masih menemukan adanya hambatan yang dihadapi masyarakat dalam mengakses layanan medis modern, termasuk faktor biaya, kualitas pelayanan kesehatan, kepercayaan yang kuat terhadap tradisi, dan kesuksesan dalam proses pengobatan. Sebanyak

71% responden menyatakan menghadapi masalah ekonomi dalam mengakses layanan kesehatan modern, yang tidak hanya terkait dengan biaya pengobatan penyakit, tetapi juga biaya tambahan yang harus dikeluarkan keluarga ketika ada anggota keluarga yang sakit. Selain itu, sebanyak 66% responden merasa bahwa kualitas layanan kesehatan yang tersedia masih kurang memadai, sehingga menghambat mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan yang murah dan berkualitas (Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya, 2011). Studi ini juga menemukan bahwa 37% responden masih menggunakan sistem pengobatan tradisional atau pengobatan rakyat (*folk medicine*) yang berasal dari budaya rakyat (*folk culture*) (Foster & Anderson, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa kepercayaan terhadap tradisi menjadi faktor pertimbangan penting bagi warga masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Meskipun mereka menerima pelayanan medis modern di rumah sakit, puskesmas, atau klinik kesehatan, 44% responden menyatakan ketidakpuasan terhadap hasil perawatan yang mereka terima dari sistem medis modern tersebut (Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya, 2011).

## 2.2. Ketidakadilan dalam Praktik Medis Modern di Indonesia

Susanto (2010) juga menggambarkan realitas sosial dalam dunia medis dan menemukan bahwa pelayanan medis modern di negeri ini dinilai masih belum sepenuhnya memenuhi prinsip keadilan dan belum menempatkan misi sosial atau orientasi sosial (*social oriented*) pada posisi yang utama. Kasus penolakan pasien oleh sebuah rumah sakit karena tidak adanya jaminan uang muka, penyanderaan pasien dan keluarga oleh pihak rumah sakit akibat ketidakmampuan membayar biaya pengobatan, penahanan bayi oleh rumah sakit karena orang tua tidak mampu membayar biaya kelahiran, terlantarnya pasien oleh rumah sakit karena tidak ada yang menjamin biaya pengobatan dan perawatan, kenaikan harga obat-obatan, dan persoalan malpraktik kedokteran merupakan sejumlah realitas kesehatan yang problematik dan masih cukup banyak ditemukan di negeri ini. Padahal, merujuk pada konvensi internasional dan konstitusi serta peraturan perundang-undangan nasional, setiap warga negara seharusnya memperoleh jaminan dan hak konstitusional (*constitutional rights and guarantee*) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan jaminan sosial. Oleh karena itu, negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas layanan kesehatan. Secara lebih spesifik, hak dan kewajiban warga negara Indonesia dalam konteks pelayanan kesehatan juga diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang mengatur hak dan kewajiban serta tanggung jawab pemerintah terkait dengan penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat (Mahfud, 2010).

## 3. Metodologi Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian terapan yang bertujuan untuk mengkaji fenomena resistensi masyarakat terhadap pengobatan modern serta memahami dan menganalisis mekanisme panopticism (pemantauan) dalam rezim medis. Penelitian dilaksanakan di tiga wilayah di Jawa Timur, yaitu Kabupaten Pamekasan yang mewakili budaya Madura, Kota Surabaya yang merepresentasikan karakter perkotaan, dan Kabupaten Ponorogo yang memiliki ciri desa pertanian dengan budaya Mataraman. Di wilayah tersebut, masyarakat telah mengakses pengobatan medis modern dan familiar dengan fasilitas rumah sakit, puskesmas, klinik kesehatan, serta posyandu, selain pengobatan tradisional yang disediakan oleh praktisi pengobatan tradisional.

Dalam penelitian ini, dilakukan wawancara dengan 150 orang, di mana 30 subyek di antaranya menjalani wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan menggunakan panduan wawancara. Data juga dikumpulkan dari berbagai narasumber lain seperti tenaga kesehatan

(*personal health*) sebagai representasi rezim medis, perwakilan medis, tokoh masyarakat, serta praktisi pengobatan tradisional. Metode yang digunakan adalah *Mix Methods*, di mana data dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan menggunakan dua bentuk instrumen, yaitu panduan wawancara dan kuesioner. Wawancara dilakukan secara langsung dan dipandu dengan kuesioner terstruktur yang telah dipersiapkan sebelumnya. Data yang telah diklasifikasikan kemudian dianalisis dan diinterpretasikan secara teoritis. Proses analisis data dilakukan dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kuantitatif dalam bentuk analisis statistik juga diterapkan dengan bantuan perangkat lunak SPSS. Sementara itu, metode kualitatif diimplementasikan melalui tiga tahap, yaitu reduksi data, *display* data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi.

#### **4. Hasil Penelitian dan Pembahasan**

##### **4.1. Akses Terhadap Pengobatan Medis Modern**

Akses masyarakat terhadap pengobatan modern sangat penting untuk diceritakan karena berdasarkan pengalaman mereka dalam mengakses pengobatan modern, dapat ditelusuri sejarah proses resistensi yang mereka alami. Secara konseptual, akses terhadap pengobatan modern dimaknai sebagai kemudahan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan modern sesuai dengan kebutuhan mereka. Kemudahan akses pada pengobatan modern memiliki keterkaitan dengan beberapa kondisi, antara lain; jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya ([Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018](#)). Jika terjadi diskriminasi atau ketidakadilan dalam akses ke institusi medis, maka hal ini berimplikasi pada tumbuhnya kesenjangan derajat kesehatan.

Secara konseptual, akses terhadap pelayanan medis modern dapat dikelompokkan dalam tiga kategori ([Eryando, 2006](#)), yaitu: (a) aksesibilitas fisik yang terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan dan jarak terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan; (b) Aksesibilitas Ekonomi, yakni kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan; dan (c) Aksesibilitas sosial, yaitu kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam mengunjungi institusi medis modern. Konsep ini menunjukkan bahwa dalam mengakses sistem pengobatan modern tidak hanya ditentukan oleh faktor ekonomi atau kemampuan finansial seseorang dalam membiayai pengobatan, tetapi juga oleh faktor sosial kultural, ekonomi, politis, dan sebagainya. Selain itu, akses terhadap pelayanan kesehatan modern sangat ditentukan oleh bagaimana masyarakat memaknai sakit dan penyakit serta sejauh mana sakit yang diderita mengancam jiwanya.

Dalam kerangka pemikiran medis, penyakit dihadirkan sebagai fakta dalam konteks metodologi ilmu alamiah. Secara esensial, penyakit didefinisikan sebagai absennya kesehatan. Determinisme biologi ini menganggap bahwa penyakit dan manifestasinya dapat ditemukan dan dikenali melalui metodologi ilmu alam. Namun, dalam analisis kontemporer, definisi penyakit atau sakit mengalami perluasan makna dengan melibatkan dimensi sosiobiologi. Secara sosiologis, kategori penyakit atau sakit relatif beragam dan dapat muncul dalam batasan antara "alam" dan "kebudayaan" atau isu yang bergerak di seputar kepentingan individu dan masyarakat atau negara. Artinya, definisi penyakit dan sakit sebenarnya merupakan isu yang kontestual dan pada akhirnya menjadi isu politik, sosial, budaya yang tidak hanya dimaknai sebagai faktor biologis semata, melainkan juga produk dari relasi-relasi sosial ([Tesh, 1988](#)).

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa masyarakat memaknai sakit dengan pengertian yang cukup beragam. Bagi masyarakat, sakit tidak hanya dimaknai sebagai gangguan tubuh

akibat virus, bakteri, dan sebagainya (75%), tetapi juga dimaknai sebagai tidak berfungsinya organ tubuh (72%). Sementara itu, sebanyak 81% responden memberikan makna sakit sebagai kondisi tubuh atau fisik yang tidak nyaman sehingga tidak dapat bekerja, dan sakit sebagai kondisi perasaan yang tidak nyaman sehingga tidak dapat beraktivitas (45%). Hal yang menarik adalah bahwa di lingkungan masyarakat, sakit seringkali juga dimaknai sebagai gangguan tubuh karena non medis atau magis (75%).

**Tabel 1. Makna Penyakit yang Dirasakan Menurut Responden**  
(Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)

Makna Sakit Bagi Responden	Ya	Tidak
Gangguan Tubuh Akibat Virus, Bakteri, dan Sebagainya	75%	25 %
Tidak Berfungsinya Organ Tubuh ( <i>Malfunction</i> )	72%	28%
Kondisi Tubuh/Fisik yang Tidak Nyaman sehingga Tidak Bisa Bekerja	81%	18%
Sakit adalah Gangguan Tubuh karena Non Medis/Magis	75%	25%
Kondisi Perasaan yang Tidak Nyaman sehingga Tidak Dapat Aktivitas	45%	55%

Sumber: Data Primer (2023)

Perbedaan makna sakit dan penyakit pada masa kontemporer pada akhirnya menyimpulkan bahwa penyakit bukanlah kerja sederhana alam tetapi sangat terkait dengan relasi-relasi sosial. Foucault (1975), misalnya, menyebutkan bahwa inti kehidupan sosial memiliki dua sisi. Sisi pertama, penduduk perlu diatur atau dikelola, dan di sisi kedua, individu harus disiplin. Sebagaimana diungkapkan oleh Turner (1984), bahwa tubuh perlu ditata secara internal dan direpresentasikan secara eksternal. Keduanya dapat dipertemukan dalam kategori mengenai sakit yang secara sosial diproduksi. Oleh sebab itu, reproduksi penduduk yang stabil, dan hubungan individu dengan struktur-struktur merupakan masalah sosial yang sangat sentral (White, 2012).

Selanjutnya, apa pertimbangan responden dalam memilih tempat berobat? Dari 150 responden yang diwawancarai, sebagian besar menyatakan bahwa mereka memilih tempat berobat dengan pertimbangan karena merasa lebih cocok/cepat sembuh (34%) dan biaya murah (31%). Sementara itu, sebanyak 24% mengaku karena jaraknya dekat. Tiga hal ini, yaitu kecocokan hasil pengobatan, biaya berobat yang murah, dan jarak yang dekat, menurut sebagian besar responden memang menjadi pertimbangan utama mereka memilih tempat berobat. Di samping karena disesuaikan dengan kondisi ekonomi keluarga, responden memilih tempat berobat juga terkait dengan soal efektivitas hasil pengobatan serta jaraknya yang dekat dengan tempat berobat sehingga jika terjadi masalah mendadak, mereka dapat segera menindaklanjuti atau menghubungi pihak layanan medis.

**Tabel 2. Jenis Pertimbangan dalam Memilih Tempat Berobat Menurut Responden**  
(Dinyatakan dalam Frekuensi dan Persentase dengan n = 150)

Jenis Pertimbangan	Frekuensi	Persen (%)
Jaraknya dekat	36	24%
Biaya murah	47	31%
Merasa lebih cocok/ cepat sembuh	51	34%
Pelayanannya memuaskan	5	4%

Jenis Pertimbangan	Frekuensi	Persen (%)
Fasilitas kesehatan lengkap	8	5%
Lainnya	3	2%
<b>Jumlah</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data Primer (2023)

Menurut pengakuan responden, selama ini memang mereka tidak jarang memanfaatkan pengobatan modern untuk memperoleh kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Dari 150 responden, sebanyak 58% mengaku kadang-kadang dan sering (32%) mereka memanfaatkan pengobatan modern baik di Puskesmas (35%), rumah sakit umum daerah (31%), klinik kesehatan atau rumah sakit swasta (15%), polindes (10%), maupun dokter swasta (8%). Hanya sebanyak 10% responden menyatakan tidak pernah memanfaatkan pengobatan modern. Mencari kesembuhan pada sistem pengobatan modern dilakukan baik untuk jenis penyakit yang tergolong ringan maupun berat dan bersifat kronis.

**Tabel 3. Jenis Tempat Pengobatan Modern Yang Pernah Diakses**  
(Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)

Jenis Pengobatan Modern	Frekuensi	Persen (%)
Rumah Sakit Umum Daerah	47	31%
Rumah Sakit Swasta/Klinik	24	15%
Puskesmas	52	35%
Polindes	15	10%
Dokter Swasta	12	8%
Lainnya		
<b>Jumlah</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data Primer (2023)

Dalam praktek sosial yang berlangsung selama ini, rezim medis telah melakukan upaya yang memudahkan warga masyarakat untuk mengakses sistem pengobatan modern. Tidak hanya bersifat menunggu pasien, penyedia layanan medis modern atau institusi medis juga memberikan kemudahan sehingga menjadi daya tarik tersendiri bagi masyarakat untuk mengaksesnya ketika mereka menghadapi situasi sakit. Tidak jarang rezim medis, melalui aparat medisnya, melakukan upaya "jemput bola" dengan melakukan kunjungan ke rumah-rumah warga atau Rukun Tetangga (RT) dan Rukun Warga (RW). Kunjungan aparat medis dimaksudkan, selain melakukan silaturahmi, juga untuk mensosialisasikan program kesehatan dan ajakan untuk selalu mengarahkan orientasi kesehatan pada sistem pengobatan modern. Atas ajakan, saran yang juga kadang bernada perintah yang dilontarkan oleh aparat medis selanjutnya mendorong masyarakat untuk mengakses fasilitas umum kesehatan yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggal mereka. Fakta yang berhasil dihimpun dari lapangan menunjukkan bahwa selain mengakses Posyandu dan Puskesmas, masyarakat juga tidak jarang mengakses Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah, terutama ketika fasilitas atau peralatan medis dan tenaga medis yang ada di Puskesmas tidak memadai, sehingga pasien harus diberikan rujukan untuk memperoleh pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik pemerintah.

Meski di daerah penelitian selama ini telah tersedia fasilitas kesehatan untuk kepentingan umum seperti Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah atau klinik kesehatan, tetapi realitas

sosial yang ada menunjukkan masih ditemukan adanya persoalan yang dihadapi masyarakat miskin ketika mengakses fasilitas umum kesehatan. Di samping faktor biaya (28%) untuk memanfaatkan pengobatan modern, jarak yang dekat juga menjadi pertimbangan penting (42%).

**Tabel 4. Alasan Responden Memanfaatkan Pengobatan Modern**  
(Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)

Jenis Alasan	Frekuensi	Persen (%)
Jaraknya dekat	63	42%
Biaya murah	42	28%
Cepat sembuh	14	10%
Pelayanannya memuaskan	11	7%
Fasilitas/peralatan dan obat-obatan lengkap	16	10%
Mengenal baik tenaga kesehatan yang ada	4	3%
<b>Jumlah</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data Primer (2023)

Sementara itu, 10% responden mengaku mereka memanfaatkan pengobatan modern karena efektif atau cepat sembuh. Kelengkapan peralatan medis yang tersedia (10%) dan tersedianya tenaga medis spesialis, serta sikap petugas medis yang profesional, dan sebagainya merupakan sejumlah pertimbangan bagi responden untuk memanfaatkan pelayanan medis modern (7%).

#### 4.2. Mekanisme Panopticism dalam Dunia Medis Modern

Konsep panoptikon atau panoptisisme pertama kali diperkenalkan oleh Jeremy Bentham pada tahun 1748–1832 yang menawarkan sebuah jenis penjara baru dengan struktur bangunan memutar yang dibangun mengelilingi sebuah bangunan pusat yang merupakan tempat tinggal bagi para sipir penjara. Pusat bangunan ini memberikan kemampuan para sipir melakukan pengawasan visual terhadap seluruh narapidana. Bangunan seperti ini oleh Bentham disebut "*Panopticon*." Konsep panoptisisme selanjutnya dikembangkan oleh Michel Foucault dalam karyanya *Discipline and Punish* (1975) untuk mendeskripsikan segala bentuk pengawasan yang rasional, mendetail, dan birokratis seperti yang dilihat dalam sistem di rumah sakit (Turner et al., 2010).

Mekanisme panopticism atau pengawasan sebagaimana yang dipikirkan Foucault juga ditemukan dalam penelitian ini meskipun tidak sepenuhnya sama persis. Mekanisme disiplin, pengawasan, atau pemantauan serta pencatatan dan tindakan produktif tidak jarang dilakukan rezim medis agar masyarakat menjadi "normal" atau sehat (tidak mengalami sakit) sesuai dengan definisi negara. Melalui kuasa yang dimiliki rezim medis melakukan kontrol/pengawasan bahkan pencatatan terhadap penduduk yang ada di RT, RW, Desa/Kelurahan dan Kecamatan bahkan Kabupaten.

Dalam praktek sosial dunia medis, konsep panoptikon dan strategi disiplin yang dipraktekkan rezim medis di daerah penelitian setidaknya dapat dibagi dalam 2 (dua) ranah, yakni (a) mekanisme panoptikon sebagai praktek dominasi kekuasaan yang didemonstrasikan rezim medis terhadap masyarakat melalui strategi disiplin agar terwujud masyarakat yang sehat sesuai dengan kehendak rezim medis dan (b) praktek dominasi kekuasaan yang berlangsung dalam proses pengobatan modern yang dapat diamati melalui relasi antara dokter dengan masyarakat sebagai pasien ketika memperoleh pengobatan.

Dalam relasi sosial yang bersifat makro, yakni mekanisme panoptikon dapat diamati melalui langkah pendisiplinan yang dilakukan melalui kegiatan pemantauan atau pengawasan, kontrol sosial, dan penaklukan terhadap masyarakat, termasuk masyarakat dalam praktek sosial dalam program kesehatan pemerintah. Sebagaimana yang terlihat selama ini bahwa proses internalisasi medis modern secara intens terus dilakukan melalui kebijakan dan program pembangunan kesehatan sesuai dengan prinsip medis modern. Untuk memperkuat proses internalisasi medis modern, rezim medis juga melengkapi SDM tenaga kesehatan yang berkualitas seperti ketersediaan dokter umum dan dokter spesialis, tenaga perawat kesehatan, tenaga bidan, serta praktisi medis dan paramedis, tenaga farmasi, tenaga gizi, tenaga sanitasi dan tenaga kesehatan masyarakat serta teknisi medis seperti analis medis, teknisi elektromedis, radiografer, dan fisioterapi. Berbagai piranti medis yang telah dibangun oleh rezim medis baik melalui regulasi dan normalisasi melalui berbagai pelayanan medis modern dan aktivitas kesehatan lainnya memperlihatkan bahwa mekanisme panopticon telah dilakukan rezim medis sejak lama.

Untuk mewujudkan kenormalan dan kondisi sehat di lingkungan masyarakat, rezim medis juga mengembangkan strategi pendisiplinan dengan cara membangun praktik diskursif melalui jargon, slogan, dan kebijakan serta peraturan terkait pelayanan kesehatan. Praktek diskursif yang dibangun diwujudkan dalam bentuk statement maupun praktik rezim medis yang selalu mengarahkan pilihan sistem pengobatan yang tepat versi negara, yaitu sistem medis modern, dengan memanfaatkan perkembangan ilmu dan teknologi/peralatan kedokteran serta industri obat-obatan yang dilakukan oleh perusahaan farmasi. Praktek diskursif tentang nilai-nilai kesehatan modern secara berkelanjutan diinternalisasikan pada masyarakat oleh struktur diskursif yang ada, yakni aparat pemerintah, dinas kesehatan, tenaga medis dan paramedis, sarana prasarana kesehatan modern, dan industri obat-obatan yang diharapkan dapat mendukung upaya tersebut.

Upaya penguatan struktur diskursif dilakukan oleh rezim medis melalui penataan dan optimalisasi peran lembaga/institusi kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Posyandu, Klinik Kesehatan, tenaga medis dan paramedis serta organisasi-organisasi sosial kemasyarakatan dalam rangka mendukung upaya menginternasikan sistem medis modern. Melalui struktur diskursif, rezim medis berharap dapat menguatkan batasan-batasan pandangan dan praktek pengobatan kesehatan pada sistem pengobatan modern.

Dalam praktek sosial dunia medis, dominasi kekuasaan yang didemonstrasikan rezim medis melalui institusi medis dan relasi *personal health* dengan pasien telah melahirkan ketergantungan (*dependency*), kontrol dan pengendalian serta kepatuhan total, subordinasi, marginalisasi, dan situasi lain yang kurang menguntungkan bagi masyarakat. Dalam relasi yang bersifat asimetris di mana pasien berada pada posisi tersubordinasi, maka baginya tidak ada ruang dan kesempatan sedikitpun untuk dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan meski menyangkut nyawa dan kehidupannya. Posisi tersubordinasi yang dialami masyarakat dalam proses pengobatan tidak hanya menyebabkan pasien harus tunduk dan patuh terhadap saran, anjuran, dan perintah *personal health* tetapi pasien juga merasa terasing dengan bahasa medis, resep obat yang diberikan, tata tertib/aturan medis, serta sikap dan tindakan *personal health*.

Bahkan relasi sosial yang berlangsung dalam praktek pengobatan dan perawatan medis selama ini ada kesan *personal health* mengembangkan jarak sosial (*social distance*) dengan pasien yang dapat diamati melalui atribut/pakaian, cara bertutur kata, bersikap dan berperilaku serta membatasi diri dalam memberikan informasi tentang kondisi kesehatan, tindakan atau *treatment* yang akan dilakukan dokter, manfaat dan jenis serta risiko obat yang diberikan, efek

samping pengobatan dan sebagainya. Pola relasi sosial seperti ini dapat terjadi atas praktek kerja kekuasaan (*power*) dan pengetahuan (*knowledge*) serta adanya ketergantungan (*dependency*) pasien sehingga menyebabkan ketertundukan dan kepatuhan terhadap rezim medis.

Dominasi kuasa yang berbasis pengetahuan telah menyebabkan terbentuknya relasi yang bersifat asimetris yang diwarnai aliran informasi yang bersifat searah dengan *personal health* sebagai pihak yang dominan sesuai kompetensi dan latar belakang keilmuan yang dimilikinya. Sebagaimana diungkapkan oleh Foucault (2002) bahwa kekuasaan yang bersumber pada pengetahuan telah membuat kekuasaan semakin halus sehingga sulit untuk dilawan. Meski demikian dalam setiap kekuasaan selalu ada perlawanan yang muncul dalam hubungan kekuasaan itu sendiri (Muzahwi, 2014). Setidaknya dari hasil penelitian yang dilakukan menemukan adanya perlawanan atau resistensi masyarakat sebagai pasien atas pengobatan modern ketika mengakses pengobatan modern dan terjadi relasi dengan *personal health* maupun dalam proses internalisasi medis modern yang berlangsung di lingkungan masyarakat.

Dalam skala yang lebih luas, relasi sosial dalam dunia medis dapat diamati melalui proses internalisasi sistem medis modern melalui berbagai program kesehatan seperti penyusunan regulasi dan kebijakan bidang medis serta kegiatan pembangunan kesehatan lain agar nilai-nilai medis modern secara efektif dapat diikuti dan dipraktikkan masyarakat. Di samping menggunakan kekuatan represif, dengan kekuasaan yang dimiliki rezim medis menjalankan kekuatan hegemonik secara halus melalui sosialisasi, penyuluhan, promosi dan kegiatan lain agar nilai medis modern terinternalisasi dan diwujudkan dalam praktek sosial kesehatan sesuai standar dan ketentuan rezim medis modern.

Penguatan struktur diskursif dilakukan agar proses hegemoni berjalan efektif dan diterima/disetujui dengan melibatkan aparat medis dan aparat pemerintah di tingkat lokal serta *civil society* seperti; lembaga budaya dan kelompok sosial kemasyarakatan antara lain; paguyuban kampung, kelompok arisan, paguyuban RT-RT, kelompok pengajian, kelompok PKK, karang taruna dan sebagainya. Dukungan komunitas lokal (*community support system*) yang lahir dan berkembang berdasarkan tradisi masyarakat lokal merupakan salah satu pintu masuk strategis yang memungkinkan sistem medis modern dapat diterima dan disetujui secara sukarela oleh masyarakat.

Selanjutnya, dalam penelitian ini, mekanisme disiplin, pengawasan, atau pemantauan, serta pencatatan dan tindakan produktif dilakukan oleh rezim medis dengan tujuan agar masyarakat menjadi "normal" atau sehat (tidak mengalami sakit) sesuai dengan definisi negara melalui berbagai kegiatan, antara lain:

- 1) Petugas melakukan jemput bola (*door to door*) ke rumah warga untuk memeriksa kondisi kesehatan dan lingkungan sekitar.
- 2) Adanya himbauan dari pihak RT/RW dan petugas kesehatan melalui surat edaran untuk menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungan.
- 3) Mengedarkan brosur/edaran untuk datang ke perawatan di puskesmas.
- 4) Himbauan untuk datang dalam kegiatan penyuluhan atau sosialisasi tentang kesehatan di balai RW atau kelurahan.
- 5) Masyarakat diajak datang ke posyandu untuk pemeriksaan kesehatan balita.
- 6) Masyarakat diajak untuk periksa kehamilan pada posyandu/puskesmas.
- 7) Masyarakat diunjungi oleh petugas kesehatan atau PKK dan dicatat atau didata kondisinya.
- 8) Masyarakat kadang-kadang didatangi petugas kesehatan ketika menderita sakit.

Untuk beberapa kegiatan, diakui oleh responden bahwa sering dilakukan, antara lain:

- 1) Adanya himbauan dari pihak RT/RW dan petugas kesehatan melalui surat edaran untuk menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungan (21%).
- 2) Himbauan untuk datang dalam kegiatan penyuluhan atau sosialisasi tentang kesehatan di balai RW atau kelurahan (21%).
- 3) Masyarakat diajak datang ke posyandu untuk pemeriksaan kesehatan balita (33%).
- 4) Masyarakat diajak untuk periksa kehamilan pada posyandu/puskesmas (30%).

Sementara itu, beberapa kegiatan yang dialami oleh relatif cukup banyak responden dengan intensitas kadang-kadang saja, antara lain:

- 1) Petugas melakukan jemput bola (*door to door*) ke rumah warga untuk memeriksa kondisi kesehatan dan lingkungan sekitar (20%).
- 2) Adanya himbauan dari pihak RT/RW dan petugas kesehatan melalui surat edaran untuk menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungan (26%).
- 3) Himbauan untuk datang dalam kegiatan penyuluhan atau sosialisasi tentang kesehatan di balai RW atau kelurahan (26%).
- 4) Masyarakat diajak datang ke posyandu untuk pemeriksaan kesehatan balita (17%).

**Tabel 5. Jenis Kegiatan Pemantauan/Kontrol Kesehatan Oleh Tenaga Medis  
(Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)**

No	Jenis Kegiatan Pemantauan / Kontrol Kesehatan oleh Tenaga Medis	Intensitas		
		Sering	Kadang	Tidak pernah
1	Petugas melakukan jemput bola ( <i>door to door</i> ) ke rumah warga untuk memeriksa kondisi kesehatan dan lingkungan sekitar	7%	20%	7%
2	Himbauan dari pihak RT/RW dan petugas kesehatan melalui surat edaran untuk menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungan	21%	26%	53%
3	Brosur/edaran untuk datang ke perawatan di puskesmas	2%	10%	88%
4	Dihimbau untuk datang dalam kegiatan penyuluhan atau sosialisasi tentang kesehatan di balai RW atau kelurahan	21%	26%	43%
5	Diajak datang ke posyandu untuk pemeriksaan kesehatan balita	33%	17%	50%
6	Diajak untuk periksa kehamilan pada posyandu/puskesmas	30%	14%	56%
7	Dikunjungi oleh petugas kesehatan atau PKK dan dicatat atau didata kondisinya	13%	11%	76%
8	Didatangi petugas kesehatan ketika menderita sakit	9%	5%	86%

Sumber: Data Primer (2023)

Mekanisme panoptikon atau pemantauan/kontrol kesehatan kadang bahkan sering dilakukan oleh berbagai pihak sebagai perpanjangan tangan kepentingan rezim medis, antara lain: petugas kesehatan dari puskesmas (58%), anggota PKK (36%), petugas dari rumah sakit (dinas kesehatan) sejumlah 28%, tokoh masyarakat (RT/RW/kelurahan) sebanyak 56%

responden, dan petugas kesehatan sanitasi dan lingkungan (27%). Diakui bahwa dalam praktek sosial dunia medis, proses hegemoni rezim medis yang dilakukan secara koersif maupun halus dapat diterima sebagai suatu bentuk kewajaran sehingga secara sukarela masyarakat mengikuti, patuh, dan tunduk atas saran, anjuran, dan ajakan aparat medis dan aparat pemerintah di tingkat lokal. Kepatuhan atas saran, anjuran, bahkan instruksi rezim medis untuk mengakses pengobatan modern sesungguhnya tidak terlepas dari peran figur tokoh masyarakat yang dipercaya dan menjadi panutan serta lembaga sosial keagamaan yang ada di daerah penelitian. Dalam masyarakat Jawa dan Madura yang memiliki karakter sosial budaya hierarkhis dan paternalistik, sebagaimana berlangsung dalam arena studi ini, peran tokoh masyarakat dan lembaga sosial keagamaan sangat kuat.

Pemantauan atau kontrol yang dilakukan oleh rezim medis melalui perangkat hegemoninya selama ini dilakukan dengan sangat intens. Dari hasil penelitian yang dilakukan, tercatat beberapa kegiatan dilakukan kadang-kadang saja, bahkan tidak pernah, tetapi untuk beberapa kegiatan dilakukan dengan sangat intens. Kegiatan yang termasuk kadang dan sering dilakukan antara lain: kegiatan Posyandu dengan kegiatan imunisasi, pemeriksaan bumil, dan balita (82%), kegiatan penyuluhan/sosialisasi tentang kesehatan (67%), kegiatan pemantauan sanitasi dan lingkungan RT/RW (41%), dan kegiatan pemantauan sanitasi dan lingkungan (38%).

**Tabel 6. Intensitas Kegiatan Pemantauan/Kontrol Terkait Masalah Kesehatan yang Dilakukan**  
(Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)

No	Jenis Kegiatan Kesehatan	Intensitas		
		Sering	Kadang	Tidak pernah
1	Kegiatan Posyandu (imunisasi, pemeriksaan bumil dan balita)	54%	28%	18%
2	Kegiatan penyuluhan/sosialisasi tentang kesehatan	19%	48%	32%
3	Kegiatan pemeriksaan kesehatan ke warga secara langsung	8%	33%	59%
4	Kegiatan pemantauan sanitasi dan lingkungan RT/RW	12%	26%	62%

Sumber: Data Primer (2023)

Dari beberapa jenis kegiatan yang dilakukan, ternyata mekanisme panoptikon lebih banyak dilakukan melalui kegiatan Posyandu dan penyuluhan atau sosialisasi kesehatan. Meski demikian, kegiatan lain seperti pemeriksaan kesehatan secara langsung ke warga dan kegiatan kontrol sanitasi dan lingkungan nampaknya juga diakui oleh cukup banyak responden dalam penelitian ini.

### 4.3. Bentuk Resistensi Masyarakat Terhadap Sistem Pengobatan Modern

Inkarnasi atau perwujudan modern *public health* yang terlihat saat ini dapat dimaknai sebagai bentuk kekuasaan rezim medis yang bekerja melalui regulasi dan pengawasan medis atau surveilans atas individu dan masyarakat (Petersen & Lupton, 2012). Peran institusi medis dan *health personnel* dalam kesehatan masyarakat sangat dominan sekaligus menjadi pihak yang memiliki kewenangan dalam memberikan penjelasan terkait kondisi kesehatan dan penyakit serta bagaimana cara mencegah penyakit. Melalui kekuasaan yang bersumber pada

pengetahuan medis, rezim medis dapat membentuk identitas diri individu terkait dengan kondisi medisnya. Bahkan melalui kekuasaan yang dimiliki, rezim medis mampu memberikan pengetahuan dan pengaruh serta mengarahkan tindakan individu untuk memilih sistem medis modern ketika menghadapi situasi sakit.

Meski secara intens rezim medis menginternalisasi medis modern dan mengarahkan tindakan medis masyarakat pada pengobatan modern, tetapi realitas sosial yang ditemukan menunjukkan adanya resistensi atas pengobatan modern itu sendiri. Sebagaimana diungkapkan oleh Foucault (2002), kekuasaan adalah sistem dominasi yang cenderung selalu melakukan kontrol terhadap semuanya dan tidak meninggalkan ruang untuk kebebasan. Di sisi lain, tak terbantahkan bahwa dalam diri tiap individu sesungguhnya memiliki kemampuan untuk melakukan resistensi terhadap wacana dominan yang selalu berusaha mendisiplinkan dan melakukan kontrol terhadapnya, termasuk dalam bidang medis. Menurut Foucault, karena sifat dasar dari kekuasaan yang cenderung dominan, maka akan memberikan implikasi pada kemungkinan munculnya resistensi, sebab tanpa adanya kemungkinan tersebut, maka tidak akan terbentuk relasi kekuasaan (Dumm, 2002).

Dalam relasi kekuasaan, maka resistensi sangat mungkin terjadi apabila muncul kesadaran diri individu sebagai subyek melalui proses pemahaman atas diri sendiri atau teknologi diri sendiri (*technologies of the self*). Resistensi terhadap pengobatan modern sebagai wacana dominan yang dikembangkan rezim medis akan berpotensi muncul dalam diri kehidupan individu akibat adanya ruang bebas/kosong dan perbedaan nilai-nilai yang dianut atau ideologi yang melekat dalam diri individu. Dalam realitas, tak dapat dielakkan bahwa secara sosio-kultural dan ekonomi, masyarakat memiliki karakter yang beragam dan, oleh karenanya, potensi resistensi sangat mungkin muncul. Sistem nilai, relasi sosial, cara berpikir, pengalaman, persepsi tentang pelayanan medis modern yang pernah diakses akan memberikan spektrum reaksi yang beragam terhadap rezim medis.

Melemahnya kepercayaan (*distrust*) dan sikap skeptis (*scepticism*) terhadap pengobatan modern yang diinternalisasi dan dipraktikkan masyarakat dapat memicu dan membuka ruang bagi berlangsungnya proses resistensi. Di samping itu, ketidakpuasan atas pengobatan modern juga berpotensi menumbuhkan wacana alternatif dan melahirkan tindakan *voice and exit* sehingga masyarakat beralih pada sistem pengobatan lain. Melemahnya kepercayaan terhadap rezim medis dapat diamati melalui persepsi dan kesan masyarakat atas kinerja rezim medis saat memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat selama ini. Apabila akses pada pengobatan modern justru menyebabkan kerusakan tubuh dan perawatan medis modern dianggap sia-sia serta masih diselimuti rasa keraguan dan ketidakpuasan, maka fenomena ketidakpercayaan (*distrust*) masyarakat terhadap sistem pengobatan modern akan semakin menguat. Artinya, resistensi dan kehendak untuk keluar (*exit*) dari sistem pengobatan modern sangat mungkin terjadi, sebab setiap individu sesungguhnya memiliki kuasa secara pribadi untuk bertindak sesuai kehendak dan otonomi yang dimilikinya.

Selanjutnya, dalam penelitian ini ditemukan sejumlah responden yang mengaku pernah menghadapi situasi tidak nyaman ketika mengakses pengobatan modern dalam berbagai hal. Berbagai hal dimaksud antara lain: Biaya pengobatan dan perawatan tidak terjangkau (59%), Prosedur/birokrasi yang berbelit/rumit (64%), Sikap petugas administrasi yang arogan/tidak ramah (62%), Sikap dokter yang arogan dan tidak ramah (61%), Sikap tenaga paramedis arogan dan tidak ramah (52%), Obat-obatan yang tersedia terbatas (43%), Dokter selalu memaksakan perintah dan obat (49%), Informasi tentang layanan kesehatan yang tidak maksimal (54%), Hasil pengobatannya tidak cocok/tidak efektif (46%) dan harus mengantri dan waktu pelayanan sangat lama (50%). Data ini menunjukkan situasi ketidaknyamanan yang dirasakan

responden ketika mengakses pengobatan medis modern sehingga telah menumbuhkan sikap kecewa dan keprihatinan atas pelayanan yang diberikan.

**Tabel 7. Pengalaman Ketidaknyamanan dalam Akses Pengobatan Medis oleh Responden  
(Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)**

No	Jenis Situasi yang Dihadapi	Intensitas		
		Sering	Kadang	Tidak pernah
1	Biaya pengobatan dan perawatan tidak terjangkau	15%	44%	41%
2	Prosedur/birokrasi yang berbelit/rumit	24%	40%	36%
3	Sikap petugas administrasi yang arogan/tidak ramah	18%	44%	38%
4	Sikap dokter yang arogan dan tidak ramah	17%	44%	39%
5	Sikap tenaga paramedis arogan dan tidak ramah	10%	42%	48%
6	Obat-obatan yang tersedia terbatas	11%	33%	57%
7	Dokter selalu memaksakan perintah dan obat	17%	39%	54%
8	Informasi tentang layanan kesehatan yang tidak	11%	43%	46%
9	Kesulitan sarana transportasi	13%	26%	61%
10	Hasil pengobatannya tidak cocok/tidak efektif	12%	34%	54%
11	Harus mengantri dan waktu pelayanan sangat lama	20%	30%	50%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan penelitian ini, ditemukan berbagai bentuk tindakan dokter dan tenaga paramedis yang kadang membuat pasien tidak nyaman. Tindakan tersebut antara lain melibatkan petugas administrasi kesehatan yang bersikap tidak ramah (61%), dokter yang tidak ramah dan cenderung otoriter (54%), perawat yang tidak ramah dalam melayani (60%), dokter yang memberikan obat sesuai dengan keinginan dokter (56%), dokter dan perawat yang tidak disiplin waktu (52%), komunikasi yang lebih dominan dari dokter dan perawat (60%), serta keharusan pasien untuk mengikuti perintah dokter dan perawat (65%).

Selanjutnya, dalam penelitian ini terdeteksi beberapa bentuk resistensi yang diperlihatkan oleh responden, antara lain: (a) responden hanya bersikap diam dan tidak melakukan reaksi apapun serta tidak mengeluh terhadap petugas layanan kesehatan (73%); (b) diam tetapi mengeluh dan mengumpat atau memaki namun tidak disampaikan pada pihak petugas kesehatan (58%); (c) bersikap ekspresif (emosional) dengan sikap mengeluh, marah, dan memaki petugas secara langsung (32%); (d) memprotes petugas secara langsung dengan cara menelpon, SMS, menulis pada surat pembaca di media massa untuk memprotes layanan kesehatan yang diterima (9%); (e) menyampaikan keluhan pada aparat RT, RW, atau kelurahan (10%); (f) menyampaikan keluhan pada kerabat, tetangga, teman, atau pihak lain (24%); (g) beralih ke sistem pengobatan alternatif/tradisional (11%); dan (h) mengembangkan sistem pengobatan kombinatif (modern dan tradisional) (36%).

**Tabel 8. Respon atau Tindakan yang Dilakukan Responden Saat Menghadapi Situasi Tidak Nyaman atau Mengecewakan dengan Pengobatan Medis Modern (Dinyatakan dalam persen dengan n = 150)**

No	Bentuk Reaksi/Tindakan Yang Dilakukan	Pernah	Tidak Pernah
1	Diam (tidak melakukan tindakan apapun) dan tidak mengeluh	73%	23%
2	Diam tetapi mengeluh dan mengumpat atau memaki namun tidak disampaikan pada pihak petugas kesehatan	58%	42%
3	Bersikap ekspresif (emosional) dengan sikap mengeluh, marah dan memaki petugas secara langsung	32%	68%
4	Memprotes petugas secara langsung dengan cara menelpon, sms, menulis pada surat pembaca di media massa untuk memprotes layanan kesehatan yang diterima	9%	91%
5	Menyampaikan keluhan pada aparat RT, RW atau kelurahan	10%	90%
6	Menyampaikan keluhan pada kerabat, tetangga, teman atau pihak lain	24%	76%
7	Beralih ke sistem pengobatan alternatif/tradisional	11%	89%
8	Mengembangkan sistem pengobatan kombinatif (modern dan tradisional)	36%	64%
9	Lainnya	36%	64%

Sumber: Data Primer (2023)

Meski cukup beragam bentuk resistensi yang diperlihatkan oleh responden, tapi dari data yang ada terlihat bahwa sikap dan tindakan yang dilakukan lebih banyak dalam bentuk sikap diam dan tidak melakukan reaksi apapun serta tidak mengeluh terhadap petugas layanan kesehatan, diam tetapi mengeluh dan mengumpat atau memaki namun tidak disampaikan pada pihak petugas kesehatan, bersikap ekspresif (emosional) dengan sikap mengeluh, marah, dan memaki petugas secara langsung, serta mengembangkan sistem pengobatan kombinatif (modern dan tradisional).

#### 4.4. Basis Health Resistance Terhadap Sistem Pengobatan Modern

Praktik sosial sistem pengobatan modern masih mengidap berbagai masalah terutama terabaikannya hak-hak masyarakat miskin untuk mengakses sistem pengobatan modern secara maksimal. Oleh sebab itu, dalam penelitian ini, persoalan ketidakpuasan dan kekecewaan terhadap sistem pelayanan medis modern mengakibatkan lahirnya resistensi. Kebenaran tunggal tentang pelayanan medis modern yang selalu dibangun oleh rezim medis dan dikuatkan melalui pemantapan keyakinan dengan membentuk pengetahuan yang rasional kerap menghadapi resistensi masyarakat yang sejatinya juga memiliki kuasa sendiri. Artinya, sangat mungkin terjadi bahwa upaya negara atau rezim medis untuk menginternalisasikan pelayanan medis modern harus bertarung untuk menghadapi otonomi kehendak yang dimiliki individu.

Apabila performa pelayanan medis modern yang berkembang masih diselimuti rasa keraguan, maka fenomena yang oleh Hirschman disebut "*voice and exit*" akan terjadi, dan

melemahnya kepercayaan (*low trust*) masyarakat sipil (*civil society*) terhadap kinerja rezim medis dalam memberikan pelayanan kesehatan akan semakin menguat. Artinya, bahwa resistensi, pengabaian, dan cenderung keluar dari pelayanan kesehatan (*ignored and exit*) sangat mungkin terjadi karena sesungguhnya setiap individu memiliki kuasa dan pengetahuan secara pribadi untuk membentuk wacana atau praktik sosial.

Gagasan Michel Foucault yang memfokuskan pada keterkaitan antara relasi kuasa (*power*) dan pengetahuan (*knowledge*) merupakan persoalan yang menarik untuk dipahami, terutama terkait dengan praktik sosial pelayanan kesehatan yang diproduksi oleh rezim medis maupun masyarakat. Pilihan terhadap sistem pengobatan sangat mungkin terjadi sebagai refleksi dari kekuatan dominan yang bekerja dalam relasi yang berlangsung antara masyarakat dengan kekuatan dominan yang ada di luar dirinya seperti; kerabat, tetangga, teman, para penyembuh tradisional atau traditional healer (dukun, orang pintar, tabib, dan sebagainya).

Dengan kata lain, orientasi kesehatan yang berkembang di lingkungan masyarakat akan berjalan secara halus seolah tak terasakan melalui aparat kuasa dengan dalih untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dan berkualitas serta terhindar dari serangan penyakit. Meski rezim medis selalu berupaya melakukan "penaklukan dan ketertundukan" terhadap masyarakat agar memilih pelayanan medis modern, tetapi dalam penelitian ini ditemukan adanya resistensi yang berbasis pada berbagai alasan, antara lain; (a) belum meratanya pelayanan yang diberikan seperti; penyuluhan, pelatihan, pemeriksaan sanitas dan lingkungan, dan sebagainya; (b) dalam memberikan pelayanan administrasi kesehatan, petugas administrasi masih terkesan arogan dan tidak ramah serta membedakan pasien; (c) terjadinya kesalahan diagnosis sehingga pasien terpaksa beralih ke pelayanan medis yang lain; (d) birokrasi pelayanan yang berlangsung masih dinilai tidak profesional karena lama dan antriannya panjang serta (e) adanya treatment dan obat generik yang belum memberikan efektivitas pengobatan.

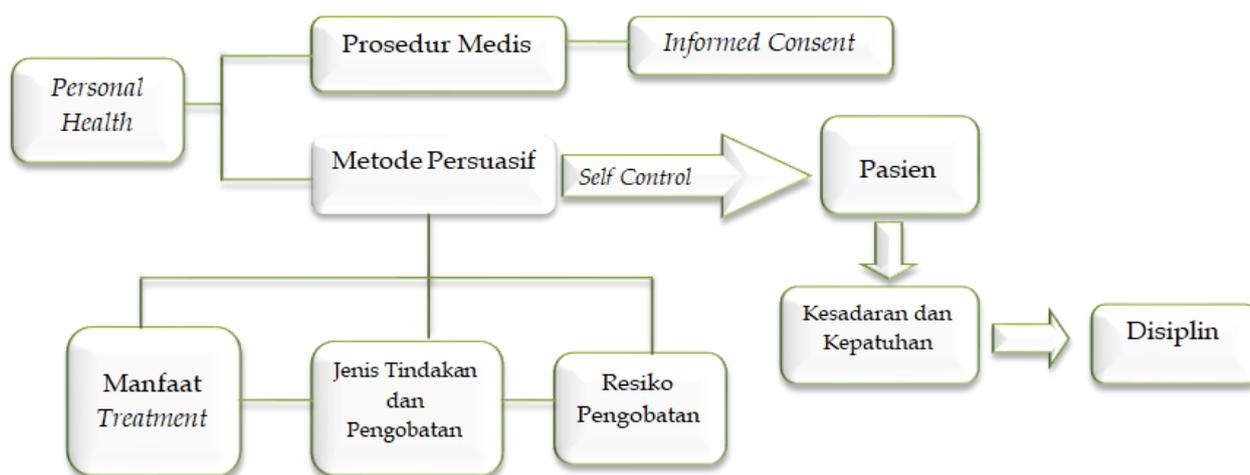
Meski dalam penelitian ini sikap resistensi terlihat, tetapi dari hasil penelitian juga ditemukan warga masyarakat yang "tertundukkan" oleh rezim medis melalui kepatuhan untuk mengakses pelayanan medis modern dengan alasan bahwa pelayanan kesehatan modern yang disediakan rezim medis dinilai cukup memadai dan fasilitas medis yang ada dinilai cukup lengkap, dari aspek jarak mudah dijangkau dan biaya pengobatan dinilai relatif murah bahkan gratis karena ada fasilitas BPJS dan KIS atau Kartu Indonesia Sehat. Realitas ini menunjukkan bahwa mekanisme panopticon yang dipraktikkan oleh rezim medis selama ini telah bekerja dengan cukup baik, bahkan peran beberapa figur penting dalam kegiatan sosial kemasyarakatan yang ada di kampung seperti; kader PKK dan kesehatan, aparat RT dan RW telah bekerja maksimal mengarahkan pilihan masyarakat pada sistem kesehatan yang menganut nilai-nilai modernitas. Keterlibatan figur yang dikenal sangat dekat dan memiliki hubungan personal yang kuat dengan warga kampung serta memiliki trust yang kuat secara efektif turut memperlancar praktek kerja panopticon dalam dunia medis. Realitas ini memperkuat pernyataan bahwa praktek panopticon yang dilakukan rezim medis sedemikian kuat selama ini telah secara efektif berhasil masuk dalam alam pikiran dalam bentuk pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang baik sehingga mereka memilih pelayanan kesehatan modern sebagai cara untuk memperoleh kesembuhan.

Kuasa dominan yang bekerja melalui tenaga praktisi medis dengan background pengetahuan medis yang dimilikinya serta panopticism yang berlangsung ternyata telah berhasil meyakinkan bahwa pelayanan kesehatan modern merupakan bentuk pelayanan yang paling sesuai bagi mereka untuk memperoleh kesembuhan. Kendati fakta yang ada menunjukkan bahwa masyarakat pernah menganut sistem pengobatan tradisionalistik di masa

sebelumnya bahkan sampai saat ini, tetapi realitas sosial yang ditemukan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat memiliki pikiran dan tindakan yang mencoba mengkombinasikannya dengan sistem kesehatan modern. Pergeseran orientasi layanan kesehatan yang terjadi selama ini sesungguhnya menunjukkan adanya pertarungan cukup serius antara dominasi rezim medis untuk menegakkan mekanisme panoptikon dengan melakukan internalisasi pengetahuan nilai dan norma kesehatan modern melalui berbagai media dan upaya versus orientasi layanan kesehatan tradisionalistik yang secara sosio-kultural telah mengakar kuat dan turun temurun bahkan dari daerah asal.

Faktanya, sampai saat ini masih ditemukan masyarakat yang mengonsumsi produk jamu tradisional atau mempraktekkan cara pengobatan tradisional seperti; akupuntur, terapi pijat, terapi herbal dan sebagainya. Masih adanya masyarakat yang mengembangkan orientasi kesehatan populer atau tradisional secara bersamaan sesungguhnya tidak dapat dilepaskan dari histori subyek yang berstatus migran dan masih membawa pola budaya daerah asal termasuk ketika mereka menghadapi situasi sakit atau dalam rangka memperoleh kesembuhan.

Secara teoretis, **Gambar 1** menjelaskan implementasi teori Foucault dalam kaitan dengan relasi kuasa (*power*) dan pengetahuan (*knowledge*) terwujud nyata dalam usaha dokter meyakinkan pasien dalam menerima suatu tindakan medis dan melakukan pemantauan atas perkembangan pengobatan dan perawatannya. Dalam praktek medis, ketika dokter akan melakukan tindakan medis yang didasarkan pada prosedur medis dan *informed consent*. Di samping itu, dokter kadang memilih cara-cara yang lebih halus untuk kepentingan mempersuasi pasien seperti; menjelaskan manfaat suatu tindakan pengobatan maupun terapi, jenis tindakan dan jenis obat maupun risiko pengobatan. Tindakan mempersuasi yang dilakukan oleh dokter sesungguhnya dapat dimaknai sebagai upaya dokter untuk menciptakan kepatuhan dan ketertundukan pada diri pasien. Dengan memberikan informasi tentang akibat terburuk apabila pasien tidak melakukan pengobatan dan perawatan, berarti pula menciptakan ketakutan pada diri pasien sehingga pasien selalu mengikuti nasehat dan perintah tenaga medis.



**Gambar 1. Skema Mekanisme Kontrol Model Panoptikon dalam Relasi Personal Health dan Pasien**

Sumber: Resume Interpretasi Data Hasil Penelitian (2023)

**Gambar 1** menunjukkan alur kerja bagaimana mekanisme panoptikon bekerja dalam proses pengobatan dalam upaya untuk menciptakan disiplin pada diri pasien. Dalam wacana

yang berkembang tentang kekuasaan yang bersumber pada pengetahuan dalam ilmu kedokteran, menurut Foucault (1997), upaya untuk mendisiplinkan individu bukanlah dari luar melainkan dari dalam, yaitu pikiran dan mental individu. Pasien yang telah menjalani pemeriksaan dan pengobatan dari dokter tidak jarang disarankan untuk datang kembali melakukan kontrol agar dapat dipantau perkembangan kesehatannya, terutama untuk penyakit-penyakit yang tergolong serius. Bagi pasien, perlakuan dokter dengan memberikan saran dan perintah merupakan wujud dari perhatian dokter atau pihak institusi medis.

Akan tetapi, dalam konteks kekuasaan Foucault, anjuran, perintah, dan perlakuan dokter juga dapat dimaknai sebagai wujud pengendalian dan ketergantungan yang tercipta dalam praktik pengobatan. Anjuran dan saran dokter tidak lagi dipandang sebagai instruksi, tetapi pasien menganggap bahwa anjuran merupakan suatu kewajiban yang harus dilakukan. Bahkan, pasien kadang dengan keinginan sendiri melakukan instruksi dokter. Dengan demikian, dokter tanpa perlu melakukan pengawasan atau pemantauan penuh terhadap pasien secara otomatis mematuhi instruksi yang diberikan dokter.

Realitas ini menunjukkan bahwa dalam proses pengobatan, strategi kekuasaan yang dipraktikkan oleh dokter tidak hanya menciptakan kepatuhan, ketertundukan, serta ketergantungan tetapi juga menumbuhkan kesadaran dalam diri pasien, sehingga menciptakan normalisasi dan kedisiplinan dalam diri pasien.

## 5. Kesimpulan

Sistem institusi pengobatan medis modern ternyata masih mengidap kelemahan (patologi modernitas) baik dalam aspek pengelolaan/manajerial maupun performa pelayanan. Selain adanya pelayanan administrasi medis dan tenaga medis yang tidak profesional dan arogan, rumitnya birokrasi medis modern, pelayanan yang tidak adil (diskriminatif), waktu tunggu yang terlalu lama, dan harus mengantre serta efektivitas kesembuhan yang masih diragukan. Sistem pengobatan medis modern juga masih belum mampu memberikan garansi sepenuhnya atas kesembuhan pasien. Sistem pengobatan modern yang tidak efektif, tidak cocok, dan tidak masuk akal telah melahirkan kesadaran kritis bahwa penggunaan peralatan medis modern yang canggih dengan obat-obatan yang mahal ternyata tidak menjamin efektivitas pengobatan. Bahkan, pengobatan medis modern yang diakses masyarakat justru memberikan efek perluasan beban penyakit baru (iastronegenesis klinis).

Dalam praktek sosial dunia medis, mekanisme panoptikon dipraktikkan rezim medis dalam dua ranah, yaitu pertama, mekanisme panoptikon sebagai praktek dominasi kekuasaan yang didemonstrasikan rezim medis pada masyarakat luas (level makro), dan kedua, praktek dominasi kekuasaan yang berlangsung dalam proses pengobatan modern yang dapat diamati melalui relasi antara dokter dengan warga masyarakat sebagai pasien. Sementara itu, dalam tataran makro, mekanisme panoptikon dilakukan melalui piranti regulasi atau peraturan, baik termasuk Undang-Undang, Peraturan Daerah, kebijakan, dan program kesehatan produk rezim medis/pemerintah. Ini termasuk mengembangkan strategi pendisiplinan dengan cara membangun praktik diskursif melalui jargon, slogan, brosur/pamflet kesehatan, film, iklan, poster, penyuluhan atau sosialisasi kesehatan, spanduk, kunjungan lapangan, dan sebagainya yang dikuatkan dalam proses internalisasi oleh struktur diskursif rezim medis seperti institusi dan aparatus medis, aparat pemerintah di tingkat RT, RW, Kelurahan/desa, Kecamatan dan Kabupaten, perusahaan farmasi, serta institusi sosial yang berbasis dari kondisi sosial budaya lokal.

Penelitian ini menemukan bahwa proses governmentality medis modern melalui hegemony dan panopticism ternyata tidak selalu dipatuhi dan diikuti masyarakat sesuai

kehendak dan otoritas rezim medis tetapi justru telah melahirkan resistensi sebagai produk kesadaran kritis. Resistensi berlangsung dipicu oleh berbagai kondisi antara lain; (a). adanya skeptisisme dan melemahnya kepercayaan (*distrust*) atas sistem pengobatan modern termasuk otoritas negara (birokrasi medis) dan ideologi medis modern serta *health professional*; (b). kuatnya dominasi kuasa rezim medis yang terlihat dalam relasi asimetris yang terbentuk dalam proses pengobatan dengan basis otoritas ilmiah atau profesi dan pengetahuan; (c). terbatasnya daya jangkau masyarakat dalam mengakses pengobatan modern akibat masuknya industri medis serta (d). adanya jaringan informal dan kuatnya peran figure sosial kultural lokal dalam mengarahkan pilihan system pengobatan bagi masyarakat.

Resistensi yang dilakukan masyarakat terwujud dalam karakter yang khas yakni; mengembangkan teknik *low profile* dengan menghindar, menarik diri, fatalis dan pasif sesuai dengan ciri struktur kelas bawah. Bentuk resistensi lain yang dikembangkan masyarakat bersifat personal dan spontan serta ekspresif dan cenderung bersifat manifest yang merefleksikan adanya kesadaran kritis yang tumbuh di kalangan masyarakat. Dalam konteks tindakan resistensi, masyarakat terwujud dalam tiga bentuk yakni; (a). tetap bertahan mengakses pengobatan modern tetapi diimbangi dengan sikap skeptisisme dan kritisisme atas pengobatan modern yang diakses; (b). mengembangkan orientasi medis berpola pluralistik atau kombinatif (c). masyarakat ada yang memutuskan keluar (*exit*) dan membangun diskursus alternatif /wacana lain (*otherness*) tentang system pengobatan sesuai otonomi kehendak dan kuasa yang dimilikinya.

Selanjutnya, saran yang dapat dikemukakan antara lain; perlu dilakukan counter-hegemony terkait dengan makna sehat dan sakit sehingga makna yang terkonstruksi tidak hanya berdasarkan pada definisi rezim medis dan bermakna tunggal. Hal ini lebih memfokuskan pada gangguan kondisi fisik atau biologis semata melainkan juga memperhatikan situasi yang lain seperti; kondisi psikis dan lingkungan sosial yang notabene juga sangat potensial menimbulkan situasi sakit bagi masyarakat. Untuk melakukan dekonstruksi tentang makna sehat dan sakit dapat dilakukan melalui berbagai cara atau jalur baik pendidikan yang bersifat formal, nonformal maupun informal serta kegiatan lain seperti; sosialisasi atau penyuluhan serta penyebaran informasi melalui media cetak maupun elektronik dan media sosial yang lainnya.

Agar tercipta relasi yang setara atau seimbang (*balancing power*) dan *balance dependency* antara masyarakat yang berstatus sebagai pasien dan dokter sebagai representasi rezim medis, maka perlu ditumbuhkan adanya kesadaran kritis (*critical consciousness*) dalam pelayanan medis modern melalui beberapa strategi atau cara. Pertama, optimalisasi komunikasi dan dialog antara tenaga medis sebagai representasi dari rezim medis dan pasien serta masyarakat umum sebagai representasi dari *civil society* melalui berbagai forum. Kedua, melalui peningkatan akses terhadap pendidikan tentang kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan kesadaran kritis atau *self-empowerment* baik bagi masyarakat luas maupun pekerja medis sehingga secara distingtif mereka mampu membedakan makna sakit dalam terminologi biologis dan sakit yang diakibatkan oleh kondisi lingkungan termasuk akibat dari *medical industrial complex*. Pendayagunaan institusi lokal seperti; forum pengajian, institusi pendidikan, organisasi sosial, LSM dan sebagainya sangat penting peranannya dalam kegiatan sosialisasi terkait dengan upaya membangun kesadaran kritis. Dukungan komunitas lokal (*community support system*) sangat dibutuhkan dan sangat strategis sebagai forum untuk meningkatkan kesadaran kritis terkait dengan praktik medis yang tidak sesuai dengan kehendak dan kebutuhan masyarakat miskin di perkotaan. Ketiga, melakukan promosi kesehatan yang melibatkan partisipasi masyarakat secara luas. Tujuannya agar masyarakat memiliki kesadaran

untuk selalu mencermati dan mewaspadaikan kondisi lingkungan sebab kondisi lingkungan juga dapat menjadi sumber penyakit biologis dan sosial. Aktivitas promosi juga sangat strategis sebagai forum untuk mereproduksi makna sehat yang positif baik secara biologis, psikis maupun lingkungan atau system sosial. Keempat, secara aktif melakukan koreksi terhadap setiap kebijakan pembangunan kesehatan agar tidak merugikan masyarakat. Kelima, agar tidak terjadi relasi yang tidak seimbang dan bersifat asimetris dengan dominasi yang kuat pada pihak tenaga medis maka perlu dilakukan langkah pembelaan apabila terjadi korban kesewenangan oleh pihak rezim medis. Beberapa kasus yang merugikan masyarakat seperti; kasus malpraktek pelayanan yang tidak adil (diskriminatif), kesewenang-wenangan atau power abused dan sebagainya dapat dilakukan pengusutan oleh lembaga penegak hukum atau LSM dengan tujuan melakukan pembelaan sehingga hubungan yang berlangsung antara pasien dan tenaga medis atau dokter tidak bersifat dominatif.

Dalam studi ini juga ditemukan fakta meski pernah mengakses pengobatan modern tetapi justru masyarakat melakukan resistensi baik dalam bentuk tertutup maupun semi terbuka yakni melakukan protes secara langsung dan keras terhadap petugas medis yang dihadapi dengan alasan memberikan layanan yang tidak adil dan tidak ramah. Meski belum sampai dalam bentuk resistensi yang bersifat terbuka yang terorganisir dan bersifat sistematis tetapi resistensi yang disampaikan responden merefleksikan adanya sikap dan kesadaran kritis yang dimiliki atas ketidakpuasan layanan medis yang diperolehnya. Kasus yang pernah terjadi tersebut sesungguhnya mengisyaratkan pentingnya institusi medis untuk melakukan pembenahan terhadap aparat medis yang bertugas di lembaga-lembaga medis yang ada baik di posyandu, puskesmas maupun rumah sakit agar mereka lebih profesional dan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas.

## 6. Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada informan dan semua pihak yang telah berkontribusi selama penelitian ini dilakukan.

## 7. Pernyataan *Conflicts of Interest*

Penulis menyatakan tidak ada potensi konflik kepentingan sehubungan dengan penelitian, kepengarangan, dan/atau publikasi dari artikel ini.

## Daftar Pustaka

- Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya. (2011). *Kajian Feasibility Study Pendirian Rumah Sakit*.
- Dumm, T. L. (2002). *Michel Foucault and the politics of freedom* (Vol. 9). Rowman & Littlefield.
- Eryando, T. (2006). Alasan Pemeriksaan Kehamilan dan Pemilihan Penolong Persalinan. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, 1(6), 47–51. <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-8.Tris Eryando.pdf>
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (2009). *Antropologi Kesehatan*. UI Press.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (1997). *Disiplin Tubuh: Bengkel Individu Modern* (P. S. Hardiyanta (ed.)). LKiS.
- Foucault, M. (2002). *Power/Knowledge: Wacana Kuasa/Pengetahuan*. Benteng Budaya.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar*.
- Mahfud, M. (2010). *Konstitusi dan Hukum dalam Kontroversi Isu*. Rajawali Pers.

<http://library.stik-ptik.ac.id/detail?id=10179&lokasi=lokal>

- Murray, P., & Murray, L. (1985). *The Art of the Renaissance*. In *World of Art Series Art of the Renaissance*. Thames & Hudson.
- Muzahwi. (2014). *Di Balik Pelarangan Negara terhadap Prostitusi*. FISIP Universitas Airlangga.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta.
- Petersen, A., & Lupton, D. (2012). *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. In *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446217429>
- Putra, L. H. (2010). Pelayanan Publik Bidang Kesehatan: Advokasi ICW untuk Pasien Miskin di Jabodetabek. *Jurnal Politik Indonesia*, 1(2), 83–90.
- Susanto, D. (2010). Strategi peningkatan kapasitas modal sosial dan kualitas sumberdaya manusia pendamping pengembangan masyarakat. *Jurnal Komunikasi Pembangunan*, 8(1).
- Tesh, S. N. (1988). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. Rutgers University Press.
- Turner, B. S., Abercrombie, N., & Stephen, H. (2010). *Kamus Sosiologi*. Pustaka Pelajar.
- White, K. (2012). The body, social inequality and health. In *Routledge Handbook of Body Studies* (pp. 264–274). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203842096.ch19>
- Yen, T. S. (2009). *Dari Mekanisasi Sampai Medikalisasi: Tinjauan kritis Atas Pereduksian Tubuh Manusia Dalam Praktek Medis*. Dian Rakyat.

---

### Tentang Penulis

**Septi Ariadi**, memperoleh gelar Doktor dari Universitas Gadjah Mada, Indonesia, pada tahun 2018. Penulis adalah dosen pada Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Airlangga, Indonesia. Dia telah menerbitkan beberapa artikel penelitian di Scopus dan penerbit lain, baik secara nasional maupun internasional, seperti Springer dan Elsevier.

E-Mail: [septi.ariadi@fisip.unair.ac.id](mailto:septi.ariadi@fisip.unair.ac.id)